

"Ocena wpływu wybranych czynników prognostycznych na skuteczność leczenia promieniami płaskonabłonkowego raka gardła dolnego."

M. Syguła, R. Tarnawski, A. Wygoda, B. Pilecki, K. Skłodowski

Centrum Onkologii - Instytut w Gliwicach

Celem pracy jest ocena wpływu wybranych czynników klinicznych i fizycznych na skuteczność leczenia promieniami chorych na płaskonabłonkowego raka gardła dolnego.

Analiza obejmuje grupę 97 chorych leczonych wyłącznie promieniami w latach 1980-1987 w Gliwickim Centrum Onkologii.

W niemal połowie przypadków pierwotny naciek był umiejscowiony w obrębie zachyłka gruszkowatego, w podobnym odsetku nie określono lokalizacji zmiany pierwotnej ze względu na rozległość naciekania.

Jako III i IV stopień klinicznego zaawansowania 91% przypadków, natomiast w 64% stwierdzono przerzuty do układu chłonnego szyi.

Wszystkich chorych leczono promieniami izotopu kobaltu 60, techniką dwóch pól bocznych przeciwstawnych z zastosowaniem konwencjonalnego sposobu frakcjonowania, zakres dawki frakcyjnej wahał się w zakresie od 2 do 3 Gy. W celu wyeliminowania wpływu wielkości dawki frakcyjnej na biologiczny skutek promieniowania, fizyczne dawki całkowite przeliczono na biologiczne równoważne - NTD (znormalizowana Dawka Całkowita), których wielkość mieściła się w zakresie 62-72 Gy.

Związek między klinicznymi i fizycznymi czynnikami mogącymi mieć wpływ na skuteczność leczenia promieniami analizowano dwuetapowo: pierwszy etap obejmował analizę jednowariantową w oparciu o test T-studenta, w drugim etapie wielowariantowo, przy pomocy testu regresji logitowej.

W przypadku analizy jednowariantowej zanotowano związek pomiędzy niepowodzeniem leczenia i obecnością oraz zaawansowaniem przerzutów do węzłów chłonnych szyi, spadkiem poziomu hemoglobiny o ponad 0,7 g/dl w trakcie radioterapii, znacznym zaawansowaniem nacieku pierwotnego i płcią żeńską. Spośród czynników poddanych analizie regresji logitowej, całkowity czas leczenia promieniami oraz stopień zaawansowania lokoregionalnego nowotworu wykazywał związek z wynikami leczenia.

Kolejny etap analizy obejmował zależność pomiędzy długością całkowitego czasu leczenia promieniami i ryzykiem wznowy nowotworu. W przypadku jego wydłużenia powyżej 50 dni ryzyko niepowodzenia wzrasta do 90-100%.

Analiza wpływu wybranych czynników wykazała znamieny związek z wynikami leczenia promieniami w odniesieniu do zaawansowania lokoregionalnego nowotworu i całkowitego czasu leczenia promieniami, którego wydłużenie spowodowane jest wystąpieniem przerw, głównie o przypadkowym charakterze, obserwowano w 86% przypadków.

"Przydatność oznaczeń basic fibroblast growth factor (bFGF) w hyperplazji w raku błony śluzowej macicy."

G. Manyś, J. Markowska, D. Kanikowska, M. Sobieska, K. Wiktorowicz

Katedra Onkologii Zakład Immunodiagnostyki AM w Poznaniu

Założenia:

Za pierwszy krok w nieprawidłowej budowie błony śluzowej macicy uważa się jej rozrosty, których zaawansowane stadia mogą ulegać progresji do raka macicy. Hyperplazja błony śluzowej macicy następuje na skutek długotrwałego działania estrogenów na tę błonę. Nieprawidłowa angiogeneza ma duży udział w przerostach błony śluzowej macicy, a za jeden z głównych czynników odpowiedzialnych za angiogenezę uważa się czynnik wzrostu fibroblastów, zwłaszcza jego zasadową formę.

Materiał:

Objęto dotąd badaniami 28 kobiet z różnymi postaciami hiperplazji i trzy z rakiem błony śluzowej macicy. Chore podzielono retrospektywnie na podstawie oceny histopatologicznej wyskrobiny z jamy macicy. Od wszystkich objętych badaniami pobrano następujący materiał: krew na środek przeciwkrzepliwy, surowicę pozostałą po badaniach rutynowych oraz wyskrobinę z jamy macicy. Próbkę krwi pobranej na środek przeciwkrzepliwy służą do oznaczeń subpopulacji limfocytów krwi obwodowej.

Podstawą niniejszej pracy jest oznaczenie stężenia basic Fibroblast Growth Factor i endoteliny 1 w równych próbkach surowicy i wyskrobinach a jamy macicy. Wykonano oznaczenie dla pierwszej grupy chorych, tj. dla 20 par surowica-wyskrobin.

Metoda:

Oznaczenie bFGF i Endothelin -1 gotowymi zestawami diagnostycznymi do testu immunoenzymatycznego ELISA, firmy R&D, USA. Oznaczenie stężeń i profili glikozylacji wybranych białek ostrej fazy metodą immunoelektroforezy rakiетkowej wg Laurella. Dla oznaczenia mikroheterogenności AGP i ACT badano reaktywność tych białek z konkawalina (Con-A), za pomocą metody immunoelektroforezy krzyżowej powinowactwa wg Bog-Hansena.

Wyniki:

Wskazują na występowanie zmian bFGF u chorych z różnym stopniem zróżnicowania histologicznego, natomiast oznaczenia endoteliny nie wydają się nie wносить żadnej dodatkowej informacji. U chorych z przerostem błony śluzowej macicy gruczolowo - torbielowatym (hyperplasia endometrii glandularis cystica) średnie stężenie bFGF w surowicy wynosiło około 14,9 pg/ml, natomiast w wyskrobinach z jamy macicy stężenie to wynosiło średnio 16 pg/ml. Stosunek tych stężeń wynosił zatem około 1:11. W następnej grupie, u chorych z przerostem błony śluzowej macicy gruczolakowatym (hyperplasia endometrii adenomatosa) stosunek stężeń wynosił 1:50, co wskazuje na znacznie wyższą miejscową produkcję tego czynnika i może mieć związek z angiogenezą. Ze względu na małą liczebność

przeprowadzonych dotąd badań u chorych z rakiem błony śluzowej macicy trudno wykonać obliczenia statystyczne uzyskanych wyników, niemniej średnie stężenie uzyskane dla tej grupy w wyskrobinach z jamy macicy wynosiło 323 pg/ml, chociaż stężenie w surowicy nie było wyższe niż w pozostałych grupach badanych.

Wnioski:

Przeprowadzone wstępne badania stosunku stężeń basic fibroblast growth factor w surowicy do stężenia w materiale pobranym z jamy macicy może wnieść dodatkową informację o zachodzących zmianach metabolizmu błony śluzowej, która wykazuje znamion patologiczne przerostu.

51P

"Interleukina - 6 i rozpuszczalny receptor Interleukiny - 6 u chorych na raka jajnika."

R. Mądry, J. Markowska, M. Sobieska*, D. Kanikowska*, K. Wiktorowicz*

Katedra Onkologii i *Zakład Immunodiagnostyki AM w Poznaniu

Celem pracy była ocena stężeń Interleukina – 6 (IL-6) oraz rozpuszczalnego receptora Interleukiny - 6 (sIL-6) u chorych na raka jajnika przed rozpoczęciem leczenia oraz przed 3 kursem leczenia chemicznego oraz odpowiedź na pytanie czy mogą one stanowić czynniki rokowniczy w raku jajnika.

Badaniu poddano 20 chorych, leczenie rozpoczęto w Katedrze Onkologii AM w Poznaniu w latach 1990-1996. Leczenie chorych rozpoczęto od rozpoznania nowotworu poprzez pierwotne leczenie operacyjne i następową chemioterapię opartą o analogii platyny. W przypadku chorych pozostających w leczeniu oraz chorych, które znajdują się w całkowitej remisji potwierdzonej histopatologicznie operacja "second-look" obserwację kontynuowano do 36 miesięcy od chwili rozpoczęcia leczenia. W grupie badanej 3 chore miały I stopień klinicznego zaawansowania wg FIGO, natomiast pozostałe III i IV stopień złośliwości zróżnicowania komórkowego, 8 stopień II, a 10 stopień III. Histopatologiczne typy raka jajnika w grupie badanej były następujące: u 8 chorych rozpoznano typ surowiczny, u 5 endometroidalny, u 3 śluzowy, natomiast u pozostałych 4 chorych rozpoznano po jednym typie raka mezonefroidalnego, niezróżnicowanego, adenocarcinoma oraz cystadenocarcinoma.

Do momentu zakończenia obserwacji 13 chorych zmarło z powodu choroby. W chwili zakończenia obserwacji żyje 7 chorych: 5 pozostaje w leczeniu a 2 pod obserwacją bez objawów choroby.

U każdej chorej przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego oraz przed 3 kursem chemioterapii pobierano krew, którą po skrzepnięciu i odwirowaniu zamrażano do czasu wykonania oznaczeń. Interleukinę-6 (IL-6) oraz rozpuszczalny receptor Interleukiny-6 (sIL-6) oznaczano za pomocą testów immunoenzymatycznych firmy R&D Systems.

Oceniono zmiany w stężeniu powyższych parametrów w zależności od stopnia klinicznego zaawansowania

wg FIGO, gradingu, rodzaju przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, typu histologicznego nowotworu oraz odpowiedzi na leczenie.

Stężenia IL-6 przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego u 3 chorych było poniżej 3,13 pg/ml, u 9 nie przekraczało 12,5 pg/ml, a u pozostałych 8 chorych przekraczało 12,5pg/ml (górna granica normy), natomiast przed 3 kursem chemioterapii u 10 chorych było poniżej 3,13 pg/ml, u 8 nie przekraczało 12,5 pg/ml, a jedynie u 2 przekraczało 12,5 pg/ml.

Stężenia sIL-6 przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego u wszystkich chorych było prawidłowe (14-46 ng/ml) a przed 3 kursen chemioterapii przekraczało normę jedynie u jednej osoby.

Obserwowano zmniejszenie się stężenia IL-6 w trakcie leczenia. Średnie stężenie IL-6 przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego wynosiło 25,51 pg/ml (min 2,02pg/ml, max 134,25 pg/ml) i uległo zmniejszeniu przed 3 kursem chemioterapii średnio do 4,80 pg/ml (min 0,82 pg/ml, max 30,36 pg/ml) w sposób statystycznie istotny.

Nie obserwowano natomiast żadnych istotnie statystycznie zmian w odniesieniu do sIL-6. Średnie stężenie sIL-6 przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego wynosiło 28,44 ng/ml (min 17,00 ng/ml, max 45,00 ng/ml) i nie uległo w sposób istotny statystycznie zmniejszeniu przed 3 kursem chemioterapii, gdzie średnio wynosiło 28,43 ng/ml (min 19,20 ng/ml, max 50,80 ng/ml).

Nie obserwujemy statystycznie istotnych zależności stężeń IL-6 i sIL-6 od stopnia klinicznego zaawansowania wg FIGO, gradingu, rodzaju przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, typu histologicznego nowotworu oraz odpowiedzi na leczenie.

52P

"Epidemiologia raka trzonu macicy w materiale Rzeszowskiego Centrum Onkologii w latach 1975-1993."

J. Gawelko, T. Trelińska-Nowosad, P. Jóźwik, M. Madera, K. Adamowicz

Rzeszowskie Centrum Onkologii

Rak trzonu macicy (r.t.m.) jest obecnie najczęstszym nowotworem narządu rodowego w krajach wysoko rozwiniętych, a zachorowalność przekracza tam wskaźnik 20/100000 kobiet. W Polsce odsetek chorych na r.t.m. rośnie od 6/100000 na początku lat 70-tych do 14,5/100000 w 1993 roku.

Celem pracy była analiza wybranych parametrów oraz ich zmienność na przestrzeni 19 lat, w regionie Małopolski Wschodniej.

Materiał i metody:

Dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji 796 chorych na r.t.m. w latach 1975-1993. Z uwagi na dostępność materiałów analizy dokonano za lata 1975-1984, 1985-1989, 1990-1993. Średni wiek analizowanej grupy wynosił w kolejnych przedziałach czasowych odpowiednio - 60,6; 59,4; 61,2. Szczyt zachorowalności w tych samych przedziałach przypadła na grupy w wieku - 60-69 lat; 50-59 lat; 60-69 lat przy czym w latach